

Surveillance des urgences

Réseau Oscour (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences)

Résultats nationaux 2004/2007

1. UNE PREMIÈRE PHASE DE MONTÉE EN CHARGE

Les événements sanitaires de ces dernières années ont montré la nécessité de diversifier les sources d'informations de surveillance sanitaire en France. Cette diversification doit permettre à l'Institut de veille sanitaire (InVS) l'organisation d'une veille en mesure de détecter de nouvelles menaces pour la santé publique d'origines diverses – phénomène environnemental, pathologie infectieuse émergente... – ou de mesurer l'impact d'événements connus (canicule...).

Rapidement, il est apparu que les sources d'information réactives et représentatives de la santé de la population étaient peu nombreuses. Trois se sont avérées pertinentes : les urgences, les associations SOS Médecins et la mortalité à travers les états civils. Ces trois sources de données sont aujourd'hui rassemblées au sein d'un système de surveillance appelé SurSaUD (Surveillance Sanitaire des Urgences et des Décès). Les services d'urgences des hôpitaux comptent ainsi parmi les structures qui répondent le mieux à ce besoin et permettent la couverture d'une large partie du territoire national. De plus, l'informatisation de certains services autorise une mise en œuvre rapide avec une collecte d'information quotidienne et automatique, sans surcharge de travail pour les professionnels des urgences.

Grâce au soutien de la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (Dhos), à une collaboration étroite avec certaines Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et au dynamisme des établissements, la première phase du réseau Oscour (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences) a débuté en juillet 2004. Grâce à un travail étroit mené avec le Cerveau (Centre régional de veille et d'action sur les urgences), le classement de tous les diagnostics enregistrés en groupes syndromiques a pu être réalisé. Ce classement est essentiel car il rend possible le suivi de plusieurs dizaines de diagnostics différents à travers quelques grands syndromes

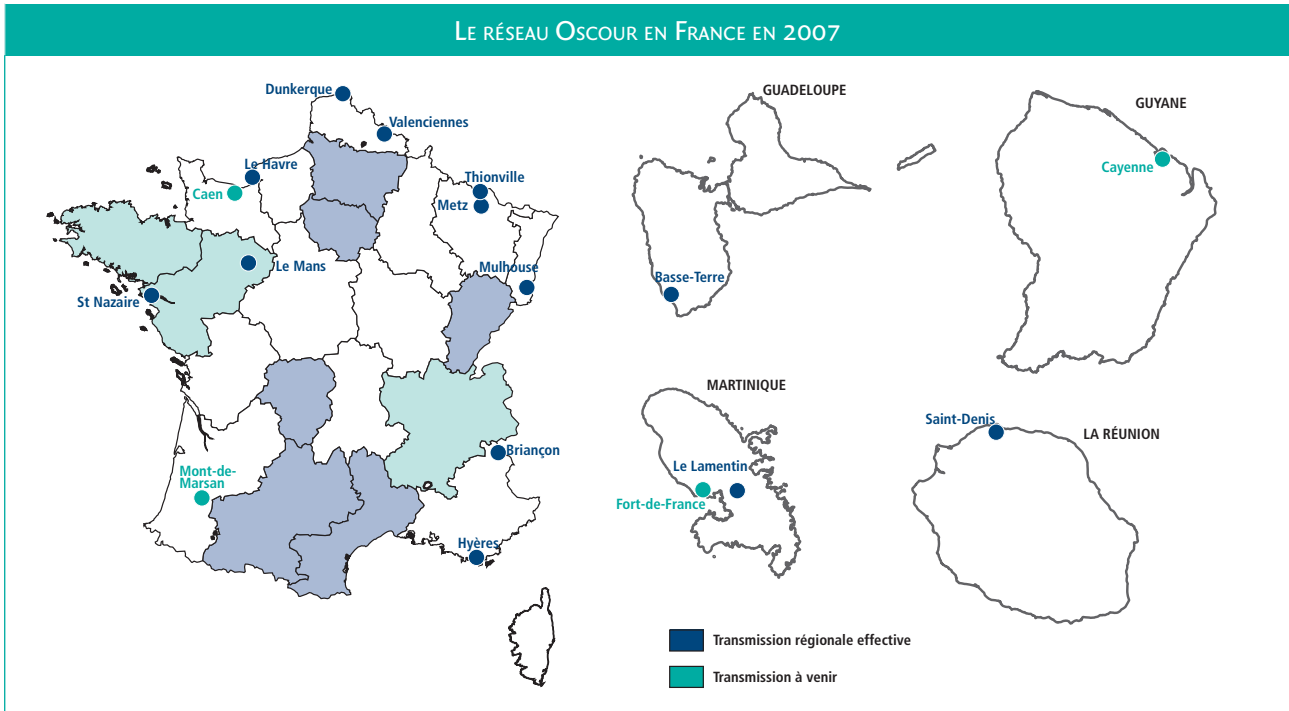
suivis quotidiennement. Aujourd'hui, plus d'une centaine de services d'urgences y participe (y compris les départements d'outre-mer) et il couvre plusieurs régions (Ile-de-France, Limousin, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Franche-Comté et Picardie).

Les informations reçues pour chacun des patients qui consultent aux urgences (âge, sexe, diagnostic (CIM10), classification clinique des malades des urgences (CCMU), orientation...) permettent une approche de cette surveillance sanitaire aussi bien populationnelle (groupes d'âge sensibles) que qualitative (analyse des diagnostics...).

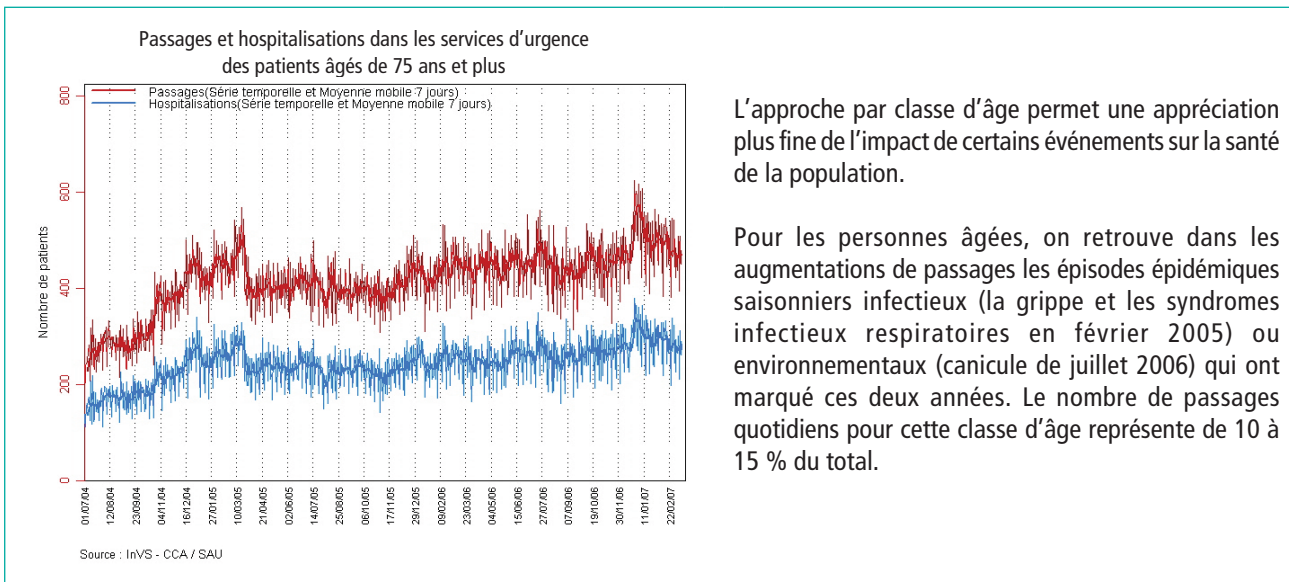
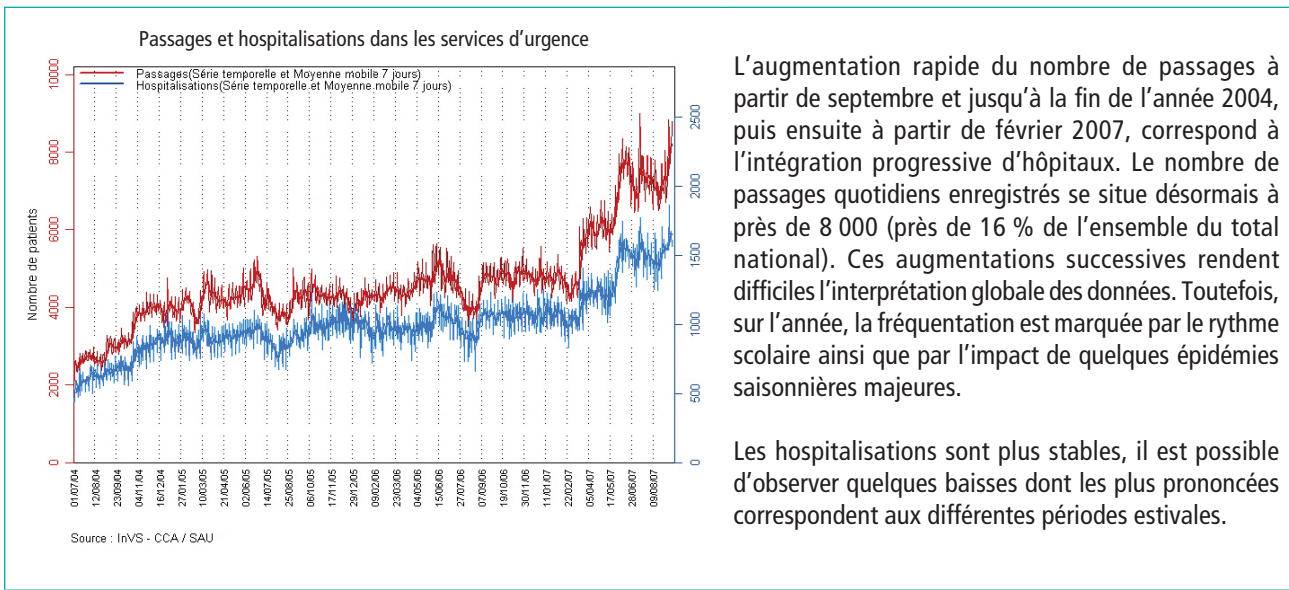
Grâce à un travail conjoint de la Société française de médecine d'urgence (SFMU), de la Dhos et de l'InVS, un nouveau format commun de données à extraire des urgences a été défini. Ainsi, à travers une extraction unique, l'ensemble des besoins de données en provenance des urgences sont pris en compte. Dans les mois à venir, la mise à disposition de ces informations pour chacune des Cellules interrégionales d'épidémiologie (Cire) géographiquement concernée débouchera sur une analyse régionale des données, plus précise mais aussi plus étroite avec les médecins urgentistes locaux et leurs représentants.

Les quelques courbes et graphiques suivants illustrent une partie du travail réalisé. Ces résultats ne sont que la traduction épidémiologique des informations transmises à l'InVS et ne représentent pas toute l'activité ou les difficultés qui ont pu être rencontrées dans les services.

La mise en place des comités d'orientation et scientifique du réseau Oscour va apporter une nouvelle dynamique dans l'approche de l'InVS grâce à un travail collaboratif entre urgentistes et épidémiologistes. La mise en commun de ces deux visions dans le champ de la santé publique permettra une meilleure et plus pertinente utilisation de ces données.

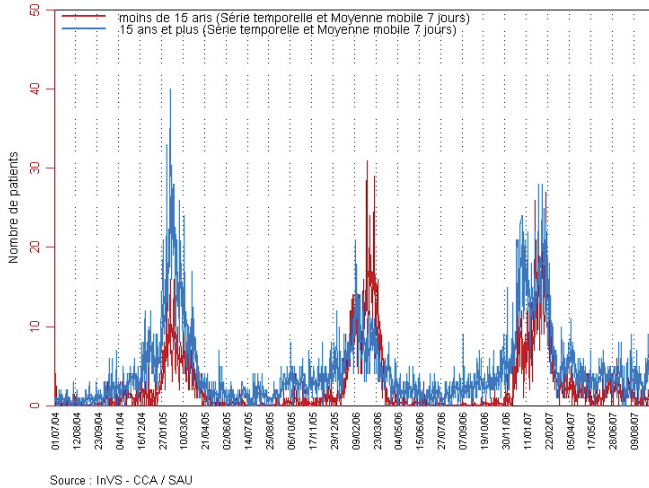


2. LA FRÉQUENTATION DES SERVICES ET L'APPROCHE POPULATIONNELLE



3. EXEMPLE DE SUIVI DE DIFFÉRENTS REGROUPEMENTS SYNDROMIQUES

Grippes et infections virales diagnostiquées dans les services d'urgence

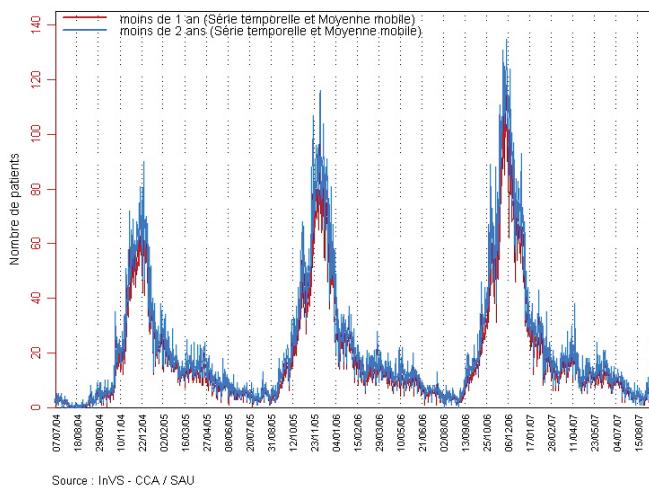


Source : InVS - CCA / SAU

Le suivi de la grippe est possible au travers de l'activité des services d'urgences. Les trois épidémies de 2005, 2006 et 2007 sont très visibles. L'ampleur de celles-ci, décrites à travers les passages dans les services d'urgences, est cohérente avec ce qui a été observé par d'autres systèmes de surveillance (Réseau Sentinelles, Grog).

Enfin, le nombre de cas quotidiens diagnostiqués est très faible au regard du volume global de passages dans les services, ce qui n'entame pas la sensibilité du système qui reste très intéressante.

Bronchiolites diagnostiquées dans les services d'urgence



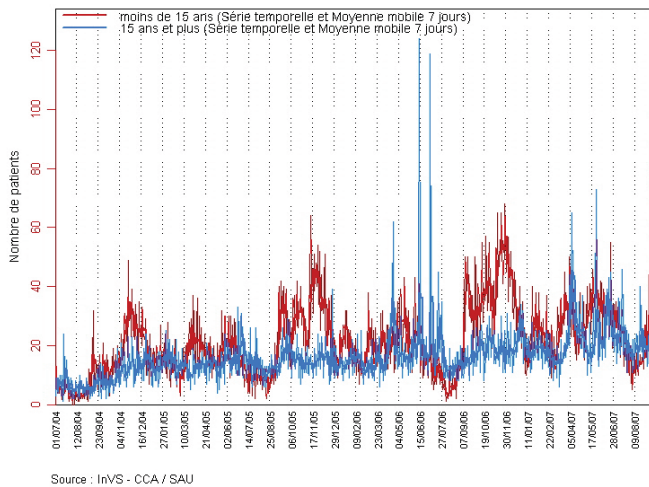
Source : InVS - CCA / SAU

La bronchiolite peut être suivie de façon très précise à partir des services d'urgences. La courbe décrit de façon fine l'épidémie avec une augmentation de l'incidence très rapide puis une diminution tout aussi rapide pour chacune des trois épidémies.

A noter, pour chacune d'elle, le décroché observé dans la partie ascendante de la courbe et qui correspond de façon systématique à la semaine de vacances scolaires de la Toussaint.

L'inflation progressive du nombre de cas est liée à l'augmentation du nombre de services pédiatriques participants et non à des épidémies plus marquées.

Asthmes diagnostiqués dans les services d'urgence

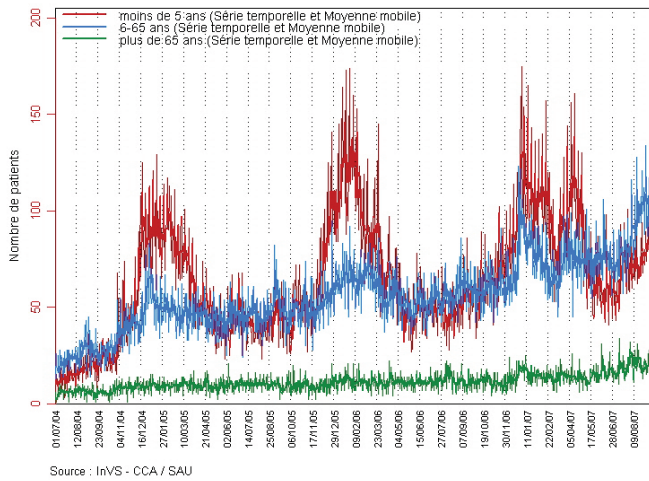


Source : InVS - CCA / SAU

Chez les enfants, on observe différents pics de passages aux urgences pour asthme. Il est probable que l'augmentation automnale du recours aux urgences pour cette pathologie corresponde à des bronchiolites codées en asthme, ces deux pathologies ayant une clinique proche chez les jeunes enfants. L'augmentation de l'incidence début septembre est connue et classique.

A noter des épisodes ponctuels d'asthme, sur deux jours, l'incidence quotidienne moyenne a été multipliée par plus de 5 le 14/06/2006 et le 05/07/2006. Ce phénomène a été relevé à partir des établissements situés en Ile-de-France. Ces deux jours correspondent à la conjonction de plusieurs facteurs : pic de pollution, pollinisation et pluies violentes. Cette observation est la première de ce type.

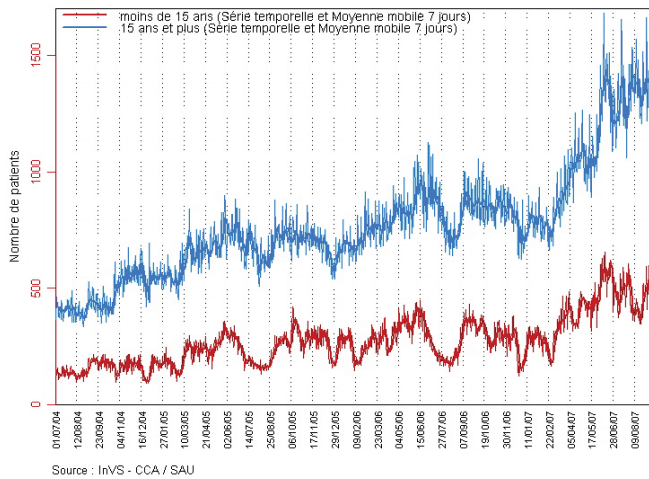
Gastro-entérites infectieuses diagnostiquées dans les services d'urgence



Les trois épidémies de gastro-entérites des hivers 2005 à 2007 sont tout à fait visibles. L'impact en fonction des classes d'âges est différent.

Le recours aux urgences pour ce motif est surtout le fait des enfants de moins de 5 ans. Pour les autres classes d'âges, les variations sont beaucoup moins marquées.

Traumatismes diagnostiqués dans les services d'urgence



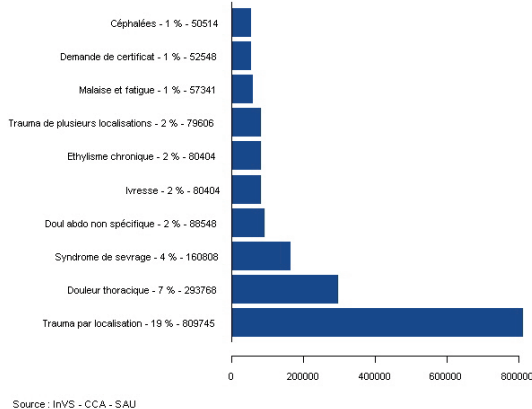
Le recours aux urgences pour traumatisme est très marqué par le rythme scolaire.

Cela se vérifie chez les enfants mais également chez les adultes, les périodes de vacances (quelles qu'elles soient) correspondent à des baisses très nettes de la fréquentation pour ces diagnostics, qui constituent la première cause de recours aux urgences.

A noter l'augmentation marquée de ces diagnostics avec l'augmentation du réseau.

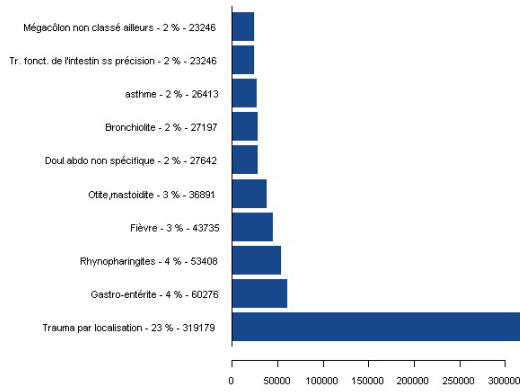
4. LES PRINCIPAUX DIAGNOSTICS ET LA CLASSIFICATION CCMU DES PASSAGES AUX URGENCES

Les 10 pathologies les plus fréquentes chez les adultes



La traumatologie est le premier diagnostic aux urgences avec 19 % des passages. Dans ce groupe, les trois premiers diagnostics de traumatologie représentent chacun à peine 1 % des passages (plaie ouverte du poignet et de la main, luxation ou entorse de la cheville et plaie ouverte de la tête). La première cause médicale de passage est représentée par les douleurs thoraciques avec à peine 7 % des passages. L'alcool est à l'origine de 8 % des passages (éthylisme chronique, ivresse, syndrome de sevrage).

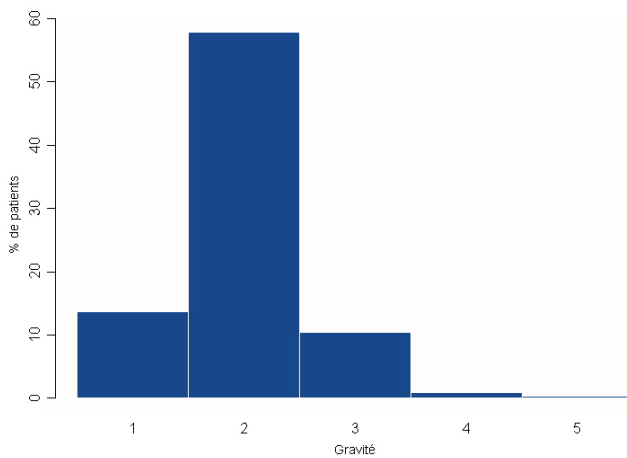
Les 10 pathologies les plus fréquentes chez les enfants



Source : InVS - CCA - SAU

En pédiatrie, la traumatologie est également le premier diagnostic avec 23 % des passages. Les trois premiers diagnostics de ce groupe sont ici : les plaies ouvertes de la tête (4 %), luxation/entorse de la cheville (1,5 %), lésions traumatiques superficielles de la tête (ou de la face) (1,4 %). Les causes médicales d'origine infectieuse sont ensuite les plus fréquentes avec les gastro-entérites (4 %), les rhino-pharyngites (4 %) ou la fièvre (3 %).

Répartition des patients par CCMU



Source : InVS - CCA

Près de 60 % des passages sont codés en CCMU 2.

Les trois premiers niveaux de gravité représentent plus de 80 % des passages. A noter que près de 17,5 % des passages ne sont pas codés ou le sont avec un code erroné (valeur aberrante).

CCMU 1 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Abstention d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le Smur ou un service d'urgences

CCMU 2 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique à réaliser par le Smur ou un service d'urgences

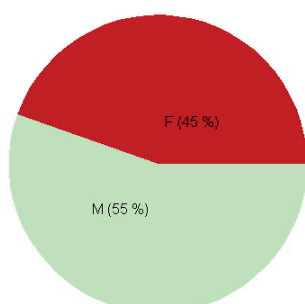
CCMU 3 : Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de s'aggraver aux urgences ou durant l'intervention Smur, sans mise en jeu du pronostic vital

CCMU 4 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge ne comportant pas de manoeuvres de réanimation immédiate.

CCMU 5 : Situation pathologique engageant le pronostic vital. Prise en charge comportant la pratique immédiate de manoeuvres de réanimation

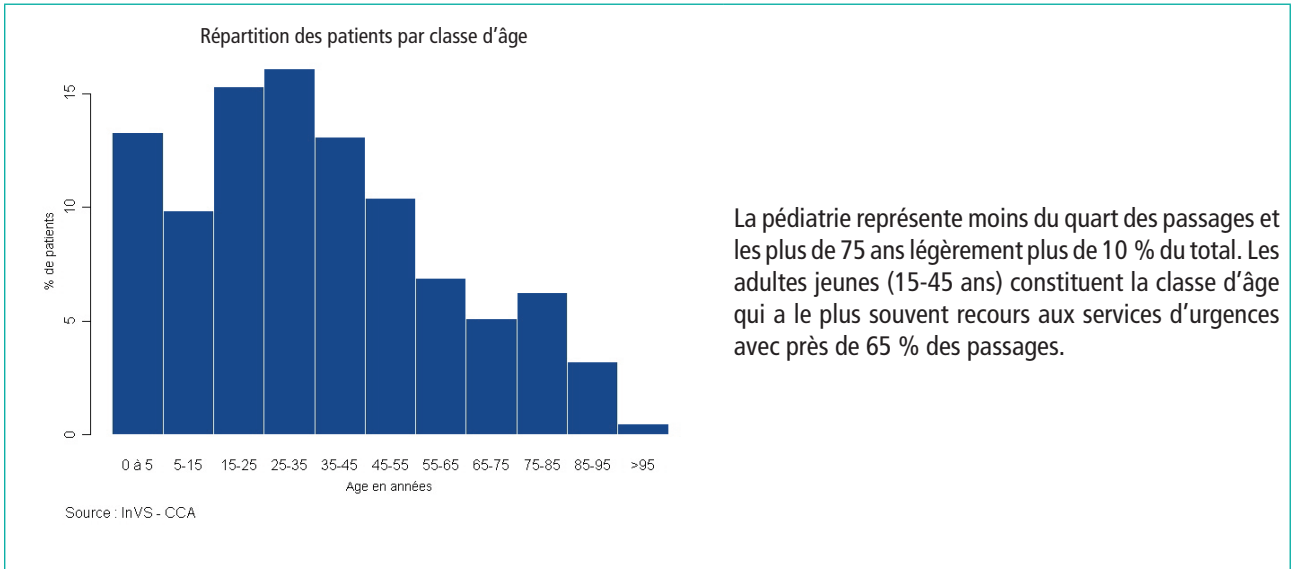
5. LA RÉPARTITION DES PATIENTS DANS LES SERVICES D'URGENCES

Répartition des patients par sexe



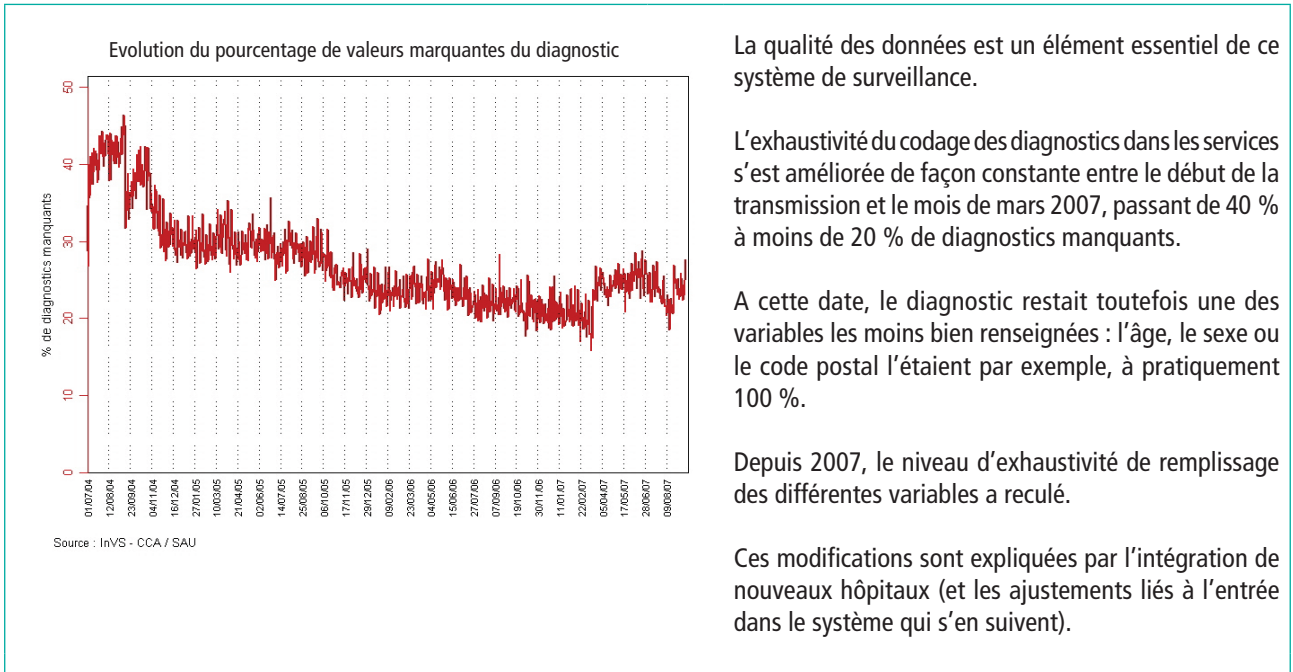
Source : InVS - CCA

Le recours aux urgences est à prédominance masculine (55 % des passages).



La pédiatrie représente moins du quart des passages et les plus de 75 ans légèrement plus de 10 % du total. Les adultes jeunes (15-45 ans) constituent la classe d'âge qui a le plus souvent recours aux services d'urgences avec près de 65 % des passages.

6. LE CODAGE DES INFORMATIONS TRANSMISES À L'INVS



La qualité des données est un élément essentiel de ce système de surveillance.

L'exhaustivité du codage des diagnostics dans les services s'est améliorée de façon constante entre le début de la transmission et le mois de mars 2007, passant de 40 % à moins de 20 % de diagnostics manquants.

A cette date, le diagnostic restait toutefois une des variables les moins bien renseignées : l'âge, le sexe ou le code postal l'étaient par exemple, à pratiquement 100 %.

Depuis 2007, le niveau d'exhaustivité de remplissage des différentes variables a reculé.

Ces modifications sont expliquées par l'intégration de nouveaux hôpitaux (et les ajustements liés à l'entrée dans le système qui s'en suivent).

QUALITÉ DES DONNÉES SUR L'ENSEMBLE DE LA PÉRIODE					
	Age	Sexe	Diagnostic	CCMU	Code postal
% mauvais codage	0	0,02	0,009	0,18	0,029
% valeurs manquantes	0,804	0,009	25,34	16,38	1,203

QUALITÉ DES DONNÉES DU 1 ^{ER} AU 15 SEPTEMBRE 2007					
	Age	Sexe	Diagnostic	CCMU	Code postal
% mauvais codage	0	0,011	0,002	0,241	0,047
% valeurs manquantes	0,047	0,002	24,27	17,01	3,581

LISTE DES PARTENAIRES INSTITUTIONNELS

Orumip, REIMP'HOS, GIP Télémedecine, Emosist-FC, AP-HP, ARH Ile-de-France, ARH Languedoc-Roussillon, ARH Franche-Comté, ARH Midi-Pyrénées, ARH Picardie.

LISTE DES ÉTABLISSEMENTS PARTICIPANTS

Ile-de-France

CASH de Nanterre (Max Fourestier)
CH d'Argenteuil (Victor Dupouy)
CH de Gonesse
CH de Coulommiers
CH de Melun (M Jacquel)
CH de Saint-Denis (Hôpital Delafontaine)
CHI de Créteil
CHI de Poissy- St-Germain - site de Poissy
CHI de Poissy- St-Germain - site de St-Germain
Centre médico-chirurgical de Parly II
CH André Mignot - Versailles
Clinique des Franciscaines
GHI Cochin - St Vincent de Paul - adultes
GHI Cochin - St Vincent de Paul - enfants
Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière
Hôpital Ambroise Paré
Hôpital Antoine Béclère
Hôpital Avicenne
Hôpital Beaujon
Hôpital Bichat / Claude Bernard
Hôpital Croix Simon - Diaconesses
Hôpital Henri Mondor - Créteil
Hôpital Jean Verdier - Bondy
Hôpital Lariboisière
Hôpital Louis Mourier - Colombes
Hôpital Necker
Hôpital Robert Debré
Hôpital St-Antoine
Hôpital Tenon
Hôpital de Bicêtre
Hôpital de Meulan (Bècheville - Les Mureaux)
Hôpital privé de l'ouest parisien - Trappes
Hôpital privé la Providence - Antony
Hôtel Dieu

Picardie

CHU d'Amiens
CH d'Abbeville
CH de Beauvais
CH de Creil
CH de Doullens
CH de Laon

Limousin

CHU Dupuytren - Limoges
CH J.Boutard - St-Yrieix
CH d'Ussel
CH Dubois - Brives
CH de Guéret
CH de St-Junien
CH de Tulle
Clinique de la Croix Blanche - Moutier
Hôpital de la mère et de l'enfant - Limoges
Clinique Chenieux

Antilles-Guyane

CH du Lamentin
CH de Basse-Terre

Languedoc-Roussillon

CHU de Montpellier
CH Antoine Gayraud
CH de Bagnols-sur-Cèze
CH de Narbonne
CH de Béziers
CH du Bassin de Thau
CH de Mende
CH de Perpignan
Clinique Montreal
Clinique de St-Michel
Clinique de St-Pierre
Clinique Languedoc Mutualité St-Louis
Les Cliniques Chirurgicales
Polyclinique Grand-Sud
Polyclinique Le Languedoc
Polyclinique St-Jean - Montpellier
Polyclinique St-Privat
Polyclinique St-Roch - Montpellier
Clinique du Parc - Castelnaud-le-Lez
Polyclinique St-Roch - Cabestany
Polyclinique des Trois Vallées

Midi-Pyrénées

CH de Bagnères-de-Bigorre
CH d'Albi
CH de Bigorre (Tarbes)
CH de Castres
CH de Lourdes
CH de Mazamet
CHU Toulouse - Hôpital de Purpan
CHU Toulouse - Hôpital de Rangueil
CHU Toulouse - Hôpital des enfants

Franche-Comté

CH de Belfort
CH de Bouloche - Montbéliard
CH du Val de Saône P.Vitter - Gray
CH L. Pasteur - Dole
CH de Lons
CH L. Jaillon - St-Claude
CH P. Morel - Vesoul
CH de Pontarlier
CHI site de Lure
CHI site de Luxeuil

Autres régions

CH de Briançon
CH de Dunkerque
CH de Hyères
CH du Havre
CH du Mans
CH de Metz
CH de Mulhouse
CH de St-Nazaire
CH de Thionville
CH de Valenciennes
CH F. Guyon - St-Denis de la Réunion